

ROZPORZĄDZENIE
MINISTRA ZDROWIA¹⁾

z dnia 2021 r.

w sprawie zmiany rozporządzenia zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej

Na podstawie art. 137 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1285, 1292, 1559 i 1773) zarządza się, co następuje:

§ 1. W rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 4 września 2020 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. poz. 1548, 1837 i 2142 oraz z 2021 r. poz. 263, 745 i 1327) wprowadza się następujące zmiany:

1) w § 2 dodaje się ust. 4 – 6 w brzmieniu:

„4. W przypadku gdy okres rozliczeniowy przedłużony na podstawie ust. 2 upłynął i środki wynikające z wypłaty świadczeniodawcy należności, ustalonych jako iloczyn odwrotności liczby okresów sprawozdawczych w okresie rozliczeniowym i kwoty zobowiązania dla danego zakresu świadczeń nie zostały rozliczone, dyrektor oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia, na wniosek świadczeniodawcy, może rozliczyć te środki w następnych okresach rozliczeniowych umowy, o której mowa w ust. 1, lub w ramach kolejnych umów dotyczących tego samego rodzaju świadczeń opieki zdrowotnej zawartych przez danego świadczeniodawcę, nie później niż do dnia 31 grudnia 2023 r.

5. Wniosek, o którym mowa w ust. 4, świadczeniodawca składa do dyrektora oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w terminie do 10 dnia miesiąca poprzedzającego rozpoczęcie okresu rozliczeniowego, którego dotyczy wniosek.

¹⁾ Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej – zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 27 sierpnia 2020 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. z 2021 r. poz. 932).

6. Na poczet rozliczenia środków, o których mowa w ust. 4, dyrektor oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia zalicza kwotę należności wynikającą z przedstawionej przez świadczeniodawcę do rozliczenia większej liczby jednostek rozliczeniowych w danym okresie sprawozdawczym niż określona w planie rzeczowo-finansowym na ten okres.”;

2) w § 2a w ust. 1–2a wyrazy „30 września” zastępuje się wyrazami „31 grudnia”.

§ 2. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem następującym po dniu ogłoszenia.

MINISTER ZDROWIA

UZASADNIENIE

Projekt rozporządzenia stanowi wykonanie upoważnienia zawartego w art. 137 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1285 z późn. zm.)

W związku z wprowadzonymi w czasie trwania epidemii ograniczeniami w zakresie wykonywania świadczeń opieki zdrowotnej tylko w sytuacjach zagrażających zdrowiu, świadczeniodawcy nie mieli możliwości realizacji świadczeń opieki zdrowotnej z przyczyn niezależnych od nich. Spowodowało to znaczne obniżenie liczby wykonywanych świadczeń, a w efekcie obniżenie wysokości otrzymywanych środków finansowych za udzielone świadczenia. Przyczyniło się to do znacznego pogorszenia sytuacji finansowej świadczeniodawców. Dlatego też wprowadzono regulacje polegające na wypłacie tym świadczeniodawcom wynagrodzenia w formie zaliczkowej. Świadczeniodawcy mogą otrzymać kwoty odpowiadające miesięcznej wartości kwoty zobowiązania określonej w umowie o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, niezależnie od liczby zrealizowanych świadczeń. Dyrektorzy oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia, zwanego dalej „Funduszem”, zostali zobligowani do rozliczenia tych środków, a świadczeniodawcy do wykonania świadczeń opieki zdrowotnej, za które pobrali tzw. „zaliczki”. Pomimo przedłużenia okresu rozliczeniowego do końca 2021 r. nie wszyscy świadczeniodawcy będą w stanie „odrobić” pobrane zaliczki do końca tego okresu. Jest to również uzasadnione tym, że wraz z rozpoczęciem 2022 r. wielu świadczeniodawców będzie zawierać nowe umowy (w niektórych zakresach świadczeń wkrótce odbędą się postępowania konkursowe). W związku z tym istnieje konieczność dodania regulacji, zawartej w projektowanym § 2 ust. 4, zgodnie z którą rozliczenie środków wypłaconych świadczeniodawcom w formie tzw. „1/12” będzie mogło nastąpić w kolejnych okresach rozliczeniowych, następujących po dniu 31 grudnia 2021 r. tj. w okresie rozliczeniowym przypadającym na rok 2022 i 2023. Rozliczenie będzie mogło więc nastąpić nie później niż do 31 grudnia 2023 r. Dokonanie rozliczenia będzie również możliwe w ramach umów dotyczących tego samego rodzaju świadczeń opieki zdrowotnej zawartych przez danego świadczeniodawcę z Funduszem, a nie tylko w ramach umowy, z którą wiązało się wypłacanie zaliczek (jeśli są to umowy wieloletnie).

Brak powyższej regulacji będzie powodował konieczność rozliczenia dotychczasowej umowy do końca 2021 r. i ewentualny zwrot nierozliczonych środków. Świadczeniodawcy, którzy nie złożą wniosku o rozliczenie pobranych zaliczek w kolejnych okresach

rozliczeniowych lub, którym umowa wygaśnie z dniem 31 grudnia 2021 r. i nie zostanie zawarta kolejna umowa) również będą zobowiązani do rozliczenia dotychczasowej umowy i ewentualny zwrot nie rozliczonych środków.

Jeżeli świadczeniodawca będzie chciał rozliczyć środki wypłacone w formie tzw. „1/12” w kolejnym okresie rozliczeniowym, będzie musiał złożyć wniosek w tej sprawie do dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu w terminie do 10 dnia miesiąca poprzedzającego rozpoczęcie okresu rozliczeniowego, którego dotyczy wniosek.

Natomiast zawarta w projekcie zmiana § 2a ust. 1- 2a rozporządzenia przedłuża o 3 miesiące okres, w którym świadczeniodawcy będą mogli ubiegać się o zaliczki (1/12 kwoty zobowiązania określonej w umowie o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej) przypadające na okres sprawozdawczy, którego dotyczy wniosek. Przepis ten będzie odnosił się w dalszym ciągu wyłącznie do świadczeniodawców, którzy skorzystali z możliwości wydłużenia okresu rozliczeniowego w oparciu o przepis § 2 rozporządzenia.

Od dnia 1 października 2021 r. do dnia 31 grudnia 2021 r. zaliczki będą wypłacane na takich samych zasadach jak w II i III kwartale 2021 r. tj. wszystkim świadczeniodawcom, z wyjątkiem świadczeniodawców realizujących umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w następujących zakresach:

- 1) domowa antybiotykoterapia dożylna;
- 2) leczenie cukrzycy z zastosowaniem pompy insulinowej u dorosłych;
- 3) leczenie cukrzycy z zastosowaniem pompy insulinowej u dzieci;
- 4) leczenie spastyczności odpornej na leczenie farmakologiczne z zastosowaniem pompy baklofenowej;
- 5) leki stosowane w chemioterapii określone w przepisach wydanych na podstawie art. 37 ust. 1 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 523 z późn. zm.);
- 6) leki stosowane w świadczeniach z zakresu ratunkowego dostępu do technologii lekowej, o których mowa w art. 15 ust. 2 pkt 17a ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych;

- 7) leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego objęte programami lekowymi przysługującymi świadczeniobiorcy na podstawie art. 15 ust. 2 pkt 15 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych;
- 8) neurochirurgia dziecięca – hospitalizacja – A03;
- 9) neurochirurgia – hospitalizacja – Q31, Q32, Q33;
- 10) pozytonowa tomografia emisyjna (PET);
- 11) świadczenia endoprotezoplastyki stawu biodrowego lub kolanowego (pierwotnej lub rewizyjnej);
- 12) świadczenia ogólnostomatologiczne udzielane w dentobusie uczniom do 18 r. ż.;
- 13) świadczenia udzielane w dentobusie;
- 14) świadczenia wysokospecjalistyczne, o których mowa w art. 15 ust. 2 pkt 12 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych;
- 15) świadczenia w zakresie przeszczepów, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 17 ust. 8 ustawy z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów (Dz. U. z 2020 r. poz. 2134);
- 16) świadczenia zabiegowe w zakresie usunięcia zaćmy;
- 17) teleradioterapia protonowa;
- 18) terapia hiperbaryczna;
- 19) tlenoterapia domowa;
- 20) zaopatrzenie protetyczne;
- 21) żywienie dojelitowe w warunkach domowych;
- 22) żywienie pozajelitowe w warunkach domowych.

Wysokość zaliczki co do zasady wynosi 70% kwoty zobowiązania określonej w umowie o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej przypadającej na okres sprawozdawczy, którego dotyczy wniosek, z wyjątkiem świadczeniodawców:

- 1) posiadających umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień realizowane w warunkach stacjonarnych,
 - 2) realizujących umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne dedykowane dzieciom (szpitalne oddziały pediatryczne)
- którzy w IV kwartale 2021 r. będą mogli ubiegać się o 100% zaliczki (tzw. 1/12 kwoty zobowiązania określonej w umowie o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej) przypadającej na okres sprawozdawczy, którego dotyczy wnioszek.

Przewiduje się, że projekt rozporządzenia wejdzie w życie z dniem następującym po dniu ogłoszenia. Wskazany termin jest podyktowany potrzebą zapewnienia świadczeniodawcom płynności finansowej, którą mogą utracić w wyniku zmniejszenia liczby udzielanych świadczeń w związku z zachorowaniami na COVID-19. Zgodnie z art. 4 ust. 2 ustawy z dnia 20 lipca 2000 r. o ogłaszaniu aktów normatywnych i niektórych innych aktów prawnych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1461), w uzasadnionych przypadkach akty normatywne mogą wchodzić w życie w terminie krótszym niż czternaście dni, a jeżeli ważny interes państwa wymaga natychmiastowego wejścia w życie aktu normatywnego i zasady demokratycznego państwa prawnego nie stoją temu na przeszkodzie, dniem wejścia w życie może być dzień ogłoszenia tego aktu w dzienniku urzędowym. Tak określone*mu vacatio legis* nie stoją na przeszkodzie zasady demokratycznego państwa prawnego, ponieważ projektowane przepisy nie nakładają żadnych dodatkowych obciążeń na obywateli, ani podmioty gospodarcze. Mając na uwadze powyższe, proponowany termin wejścia w życie projektowanego rozporządzenia jest uzasadniony. Proponowane rozwiązanie nie narusza zasad demokratycznego państwa prawnego.

Projekt rozporządzenia nie jest sprzeczny z prawem Unii Europejskiej.

Projekt rozporządzenia nie podlega obowiązkowi przedstawienia właściwym organom i instytucjom Unii Europejskiej, w tym Europejskiemu Bankowi Centralnemu, w celu uzyskania opinii, dokonania powiadomienia, konsultacji albo uzgodnienia.

Projekt rozporządzenia będzie miał wpływ na działalność mikro-, małych i średnich przedsiębiorców przez zapewnienie stabilności finansowej świadczeniodawców (podmiotów leczniczych) w czasie trwania epidemii COVID-19.

Projekt rozporządzenia nie zawiera przepisów technicznych w rozumieniu przepisów rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 23 grudnia 2002 r. w sprawie sposobu funkcjonowania

krajowego systemu notyfikacji norm i aktów prawnych (Dz. U. poz. 2039 oraz z 2004 r. poz. 597) i w związku z tym nie podlega notyfikacji.

Jednocześnie należy wskazać, że nie ma możliwości podjęcia alternatywnych w stosunku do projektowanego rozporządzenia środków umożliwiających osiągnięcie zamierzonego celu.